

RELATÓRIO CLÍNICO**Ortodôncia**

(Carimbo/Vinheta do Médico)

Para uso exclusivo dos Serviços

Recepção ____/____/____

Conf. ____/____/____

Reg. Inf. ____/____/____

Nº. Beneficiário

Idade

Nome

Relatório Clínico de Ortodôncia (a apresentar previamente, para análise dos Serviços Clínicos internos dos SAMS)**1. Diagnóstico:** (com base em dados clínicos e/ou radiográficos / cefalométricos)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Plano Terapêutico Total: (com inclusão do tipo de tratamento previsto, tipo de aparelho e em que idade etária)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Orçamento: (valor dos honorários relativos a todo tratamento e a sua duração)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos dos SAMS-Centro.

Data/...../.....

Assinatura

Nome (completo) do Médico

Especialidade Cédula Prof. Ordem dos Médicos Nº.

O SBC-SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente lhe solicitarem por escrito.

Pareceres

Serviços

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços